DOTT. ALESSANDRO BILELLO (AIUTO)
ISTITUTO NAZIONALE VITTORIO EMANUELE III
PER LO STUDIO E LA CURA DEL CANCRO
CENTRO UFFICIALE DI ACCERTAMENTO ISTOLOGICO DEI TUMORI PER MILANO E PROVINCIA
(DIRETTORE PROF. A. PEPERE)

"IL MEDICO PRATICO E LA BIOPSIA NELLA LOTTA CONTRO IL CANCRO"

ESTRATTO DAL N. 4 - AGOSTO 1932
DI "RASSEGNA MEDICA"

PER CURA DEL REPARTO SCIENTIFICO LEPETIT
VIA MAURO MACCHI, 7

DOTT. ALESSANDRO BILELLO (AIUTO)
ISTITUTO NAZIONALE VITTORIO EMANUELE III
PER LO STUDIO E LA CURA DEL CANCRO
CENTRO UFFICIALE DI ACCERTAMENTO ISTOLOGICO DEI TUMORI PER MILANO E PROVINCIA
(DIRETTORE PROF. A. PEPERE)

"IL MEDICO PRATICO E LA BIOPSIA NELLA LOTTA CONTRO IL CANCRO"

ESTRATTO DAL N. 4 - AGOSTO 1932
DI " RASSEGNA MEDICA "

PER CURA DEL REPARTO SCIENTIFICO LEPETIT
VIA MAURO MACCHI, 7

Molti sono i mezzi esperimentati sinoggi per la terapia del cancro, ma purtroppo ancora nessuno di essi è assurto a dignità specifica o per lo meno tale da dare sufficiente garanzia di poter salvaguardare sempre e in ogni caso l'uomo da questo grave male.

Forse verrà il giorno, ed è sperabile, non lontano, in cui lo sforzo di tanti nobili e pazienti tentativi di ricercatori sarà coronato da successo, ma, fino a tanto che quel giorno non sarà, bisognerà ancora accontentarci di quei pochi mezzi, che hanno dimostrato una certa efficacia.

Fatta eccezione della chirurgia, della radiochirurgia, della röntgen e radiumterapia, che, tempestivamente ed opportunamente adoperate, danno i migliori risultati, tutti gli altri mezzi, fisici, chimici, biologici, tentati, sono ancora allo stadio sperimentale.

È sovratutto alla elaborazione di una terapia biologica causale che tendono gli sforzi degli scienziati, come mezzo di applicazione ideale per alcune forme cancerose degli organi interni, non accessibile ai mezzi terapeutici sovra citati, quali, ad esempio, quelle del fegato, del pancreas, ecc., e per quelle altre, che, pur essendo di sede accessibile, non riescono più ad essere dominate dai comuni mezzi terapeutici, pel fatto che il tumore ha varcato i limiti della sua localizzazione primitiva ed è più o meno diffuso negli altri organi.

Allo stato attuale, quindi, risulta evidente la necessità di diagnosticare il cancro, prima ancora che tale diffusione sia avvenuta, e perciò, data la possibilità che tale diffusione esista, almeno teoricamente, sin dal momento stesso in cui il cancro insorge, fa d'uopo di diagnosticarlo più precocemente che sia possibile ai fini della cura radicale. È pertanto canone fondamentale della odierna onco-

terapia, sia essa chirurgica o radiologica, di intervenire più precocemente che sia possibile.

Vari sono i metodi, escogitati, per conseguire la precocità della diagnosi del cancro, fisici, istologici, biologici, fondati sulle modificazioni di forma, di volume, di funzione, di struttura e umorali, che il tumore provoca localmente e nell'equilibrio organico generale dell'intero organismo.

Fra tutti i metodi esperimentati però l'unico che risponde allo scopo, in quanto, non solo permette la precocità della diagnosi, ma offre anche la sicurezza di quest'ultima, è quello istologico, che fortunatamente può quasi sempre essere praticato in quelle forme di cancro, che sono appunto accessibili alla cura chirurgica e radiologica, e talora anche nelle forme degli organi interni, previa puntura esplorativa.

La diagnosi istologica presuppone in generale la escissione di prova, la biopsia, e, in casi speciali, il raschiamento (utero) o la puntura esplorativa (organi interni: fegato, milza, cervello, midollo osseo, raccolte in organi cavi, ecc.).

La biopsia, in genere, non dovrebbe perciò mancare in nessun caso di tumore o di sospetto tumore, meglio ancora in nessun caso di lesione, che, in maniera anche vaga e lontanissima, possa dare adito al sospetto che abbia subìto una trasformazione cancerigna.

Dico volutamente trasformazione cancerigna, poichè è certo che nella grande maggioranza dei casi, specie in quelli accessibili, in sede aperta, il cancro si sviluppa sul terreno di una flogosi, più o meno cronica, anche la più banale e in apparenza la più innocua. Viceversa nel campo pratico queste condizioni ideali raramente si realizzano per un duplice ordine di cause, dovute e all'ammalato stesso e al suo medico di fiducia.

L'ammalato, salvo casi eccezionali, quasi sempre trascura all'inizio il suo male, che egli giudica di lieve entità, specie se questo gli dà soltanto disturbi subbiettivi poco molesti e transitori e assai spesso ricorre di sua iniziativa o per suggerimenti di amici o congiunti, profani come lui, all'uso di mezzi terapeutici, empirici, che, se non aggravano il male stesso, lasciano trascorrere del tempo prezioso durante il quale il male ha la possibilità di evolvere verso la più maligna delle sue manifestazioni: la metastasi.

D'altra parte ancora, e non tanto raramente, come potrebbe credersi, avviene talora che l'ammalato, sempre a causa della sua ignoranza, rifiuti o, per ingiustificata perplessità, ritardi la biopsia propostagli dal medico e quindi anche la cura.

Per quanto riguarda poi il medico, specialmente il medico non specializzato, al quale per primo l'ammalato di cancro quasi sempre si rivolge per consiglio, la responsabilità nelle ritardate diagnosi non è poca.

Purtroppo a tal proposito bisogna riconoscere che la pratica bioptica non è ancora entrata appieno nella coscienza del medico. Contro di essa questi ha delle

prevenzioni ingiustificate e che si è ancora ben lungi dall'aver superato, se tutte le statistiche di cancro, anche le più recenti, sono concordi nel denunziare percentuali elevatissime di ammalati, che si presentano nei luoghi di cura specializzati quando il tumore non è più operabile, nè efficacemente radio trattabile, e, quel che è più grave, se dall'anamnesi di tali ammalati risulta che per mesi e mesi ci si è attardati in un sistema di cura irrazionale, fatta più o meno a base di topici, per lo più caustici, per prescrizione del medico curante, senza che questi, durante tutto questo lasso di tempo e in confronto di risultati terapeutici nulli, abbia sentito la necessità, vuoi nell'interesse del paziente, vuoi per mera curiosità scientifica, vuoi ancora e più per liberarsi da una responsabilità, di praticare una biopsia e richiedere una diagnosi all'istopatologo. Trattasi per lo più di pregiudizi dovuti in gran parte all'incomprensione del problema oncologico, specie per ciò che ne riguarda la terapia, e che sono assai diffusi nella categoria del medico non specializzato, e in parte anche, come dirò appresso, di pregiudizi di natura, per così dire, apparentemente scientifica, i quali hanno un discreto credito in un'altra categoria di medici, in quella degli specialisti.

Ora è chiaro, dati i mezzi assai limitati di cui dispone la Medicina moderna per combattere il cancro, quanto dannoso e funesto possa riuscire il diffondersi di così fatti pregiudizi contro la pratica biopsica, che nella lotta contro il cancro è stata ed è universalmente riconosciuta come l'arma più valida, in quanto essa, se opportunamente e sagacemente utilizzata, è capace di rendere efficiente l'opera del chirurgo e del radiologo.

Indagare perciò e analizzare questi elementi negativi della lotta contro il cancro, perchè possano esser controbattuti ed eliminati, anche se ciò possa essere stato fatto con più autorità e con più suadenti argomentazioni da altri, a me pare che non sia del tutto inutile e superfluo, se è vero che « repetita juvant ».

Credo pertanto che i fattori negativi, che ostacolano la diffusione della pratica biopsica ai fini della diagnosi precoce del cancro, possano sintetizzarsi nei seguenti punti fondamentali:

1°) Errore di valutazione sul significato della così detta diagnosi precoce.

2°) Insufficiente addestramento (del medico pratico) circa la maniera di prelevare frammenti di tessuto di un organo, fissarli e inviarli all'istopatologo.

3°) Scetticismo circa la possibilità della guarigione del cancro.

4°) Presunti pericoli che possono derivare all'ammalato in seguito alla biopsia, specie per quanto riguarda l'evoluzione del tumore stesso nella sua diffusione.

Esaminiamo singolarmente ciascuno di questi punti:

1°) *Errore di valutazione sul significato della diagnosi precoce.* – Generalmente dal medico pratico si considera come precoce quella diagnosi di cancro che egli riesce a porre in base al criterio anatomo-clinico della ispezione e della

palpazione, sempre che egli veda che la lesione cancerigna è molto circonscritta ed ha dimensioni minime.

Ora, se dal punto di vista clinico una così fatta diagnosi può accettarsi come precoce, non sempre può dirsi altrettanto dal punto di vista della Terapia, per la quale dovrebbe essere veramente precoce solo quella forma di cancro, che non ha dato ancora chiare manifestazioni cliniche.

Quando una lesione cancerigna ha raggiunto caratteri anatomo-clinici, che permettano di farla riconoscere come tale, essa è precoce fino ad un certo punto, in quanto che ha già raggiunto la maturità, più che sufficiente, per dare le metastasi a distanza.

E ciò vale non soltanto per i cancri degli organi profondi, ma anche e sopratutto per quelli a sede superficiale, quali quelli della cute e delle mucose visibili, giacchè il primo sviluppo del cancro, checchè possa dirsi da qualcuno, eccetto qualche caso particolare, come quando la trasformazione maligna s'impianta su di un tumore benigno, più o meno peduncolato, fibro-epiteliomi, adenomi, ecc., non avviene mai in superficie e verso l'esterno, ma in profondità. Solo appresso segue quello in superficie e, quando c'è, anche quello esterno, così detto esofitico, vegetante.

Ora è chiaro che di queste modalità di sviluppo la più pericolosa per la metastasi è la prima, perchè essa fatalmente permette agli elementi neoplastici di incontrare sul loro cammino e di imboccare i vasi, siano essi linfatici o sanguigni, e quindi risulta chiara la necessità di aggredire la neoformazione cancerigna all'inizio di questa sua prima fase, se si vogliono aumentare le possibilità del successo della cura. Purtroppo però, come è ovvio intendere, questa prima fase fatalmente sfugge quasi sempre al clinico e non può essere vista con sicurezza e costanza che dall'istopatologo mercè l'ausilio del microscopio. Il medico pratico perciò, per mettersi al sicuro, non deve aspettare mai per avanzare il sospetto di cancro che una lesione, la quale cada per la prima volta sotto la sua osservazione, ne assuma tutti i caratteri clinici; ma ogni qualvolta un ammalato si presenta a lui, accusando, ad esempio, una ulcerazione delle mucose o della cute, che dura da settimane e mesi senza tendenza alla guarigione, prima ancora di iniziare alcuna cura, anche se manchino tutti gli altri elementi probativi, per una diagnosi di cancro, faccia una escissione di prova o addirittura una escissione totale della lesione, secondo che la esigenza del caso consigli più l'una o l'altra, e mandi il frammento all'istopatologo per la diagnosi istologica.

Un giorno, un'ora di tempo così guadagnato, nello stabilire la diagnosi eventuale di cancro e perciò nell'inizio della cura, può rappresentare la salvezza dell'ammalato, perchè in quel giorno, in quell'ora potrebbe scoccare l'attimo fatale, in cui esplode la metastasi e questa purtroppo nella quasi totalità dei casi equivale alla sentenza di morte dell'ammalato, a più o meno breve scadenza di tempo.

La escissione di prova perciò da questo punto di vista ha tutto il valore del soccorso d'urgenza e pertanto è dovere perentorio del medico, tutte le volte che si trova davanti a casi di questa fatta, di non porre alcun indugio nel praticare la biopsia e nel richiedere con immediata urgenza la diagnosi all'istopatologo.

Il medico deve ricordare che la vita del paziente in tali casi può essere minacciata alla stessa stregua che se quest'ultimo fosse in sofferenza per un'ernia strozzata o per una grave emorragia, per quanto la rappresentazione materiale del pericolo non gli appaia così evidente ed immediata come in questi ultimi due casi.

3°) *Scetticismo circa la possibilità della guarigione del cancro.* – La mancanza di mezzi di cura atti a combattere la maggior parte dei cancri degli organi interni, gli insuccessi terapeutici fatalmente e necessariamente frequenti, sopra tutto a causa del ritardo con cui si interviene curativamente, nel campo dei cancri a localizzazione accessibile agli interventi chirurgici e radiologici hanno creato un'atmosfera di pessimismo e di incredulità così largamente diffusa e radicata nel campo medico e profano, che è convinzione quasi generale che nessuna forma di cancro possa veramente guarire e che i successi vantati da chirurghi e da radiologi, per tacere gli altri oncoterapisti, vengono accolti con diffidenza o quanto meno giudicati molto effimeri.

Si contesta volontieri alla Chirurgia e più ancora alla Radiologia la possibilità di guarire dei cancri, ma non si pensa alla condizione fondamentale e pregiudiziale, per la quale soltanto ed esclusivamente questi due mezzi terapeutici possono riuscire veramente efficaci e, di fronte ad un insuccesso curativo, non ci si domanda se questa condizione sia stata realizzata o no all'atto della cura, o se fattori costituzionali, ereditari, fatalmente non domabili, abbiano frustato il tentativo terapeutico, e si condanna in blocco il metodo, senza fare la giusta discriminazione tra quello che esso può dare, ed in effetti dà, e quello che non può dare.

Nasce da ciò la sfiducia da parte del medico non specializzato verso l'Oncoterapia in genere e quindi lo scetticismo, che tanto danneggia il buon successo della lotta contro il cancro, perchè il medico scettico diventa fatalista e non collabora come dovrebbe in questa impari battaglia, che invece abbisogna di molta tenacia e di molto entusiasmo, e pertanto non curerà con convinzione e quindi con la necessaria solerzia e scrupolosità la rigida osservanza di quelle norme fondamentali, atte a conseguire la diagnosi precoce, che tuttavia quasi esclusivamente è a lui devoluta e che è condizione indispensabile pel successo. « Tanto » – egli pensa – « tutto sarà inutile ».

Ma sopra tutto a pensare così sono quei medici che, appena laureati, costretti dalle necessità della vita, abbandonano i centri di studio, per relegarsi

in condotta, ove, assai spesso, essi rappresentano la sola ed unica autorità medica riconosciuta e facilmente accessibile per i pazienti del luogo.

Costoro, purtroppo, mancando di una esperienza personale in fatto di Oncoterapia, hanno di questa una opinione, che di poco si allontana da quella media comune superficiale, fondata sulla conoscenza di qualche caso terapeutico disgraziato, visto, come sempre, in quella che è la sua manifestazione più grossolana: l'insuccesso, e non nelle cause, che hanno determinato l'insuccesso medesimo.

Questo per dire come scetticismo ed incomprensione del problema del cancro tante volte siano una sola cosa e come l'uno e l'altra non siano diffusi soltanto tra il volgo, ma anche e molto più nel campo medico, dal quale poi si diffondono ancora nel pubblico profano.

Ora io penso che qualsiasi sforzo tendente a combattere il cancro deve principalmente preoccuparsi di superare questo stato psicologico, tanto diffuso nel campo medico.

E perciò non sarà mai ripetuto abbastanza che, per quanto non siano mezzi terapeutici ideali e non rappresentino l'ultima e definitiva parola in fatto di Oncoterapia, la Chirurgia e la Radiologia, ciascuna da sola, o tutte e due in associazione, sono capaci di procurare guarigioni stabili in ammalati di cancro e che, tanto maggiori, in linea di massima, sono le possibilità del successo, quanto più precocemente si interviene.

In altri termini, e neppure ciò sarà ripetuto mai abbastanza, la guarigione del cancro è subordinata alla precocità della diagnosi della malattia.

Occorre pertanto acquistare una maggior confidenza e familiarità con la biopsia, esagerando magari nel suo uso tutte le volte che una lesione susciti il lontano sospetto del cancro, in particolare, e del tumore maligno in genere.

L'esagerazione nella maggior parte dei casi rappresenterà sì un fastidio, del resto assai piccolo e insignificante pel paziente sospettato, ma in tanti altri casi equivarrà alla probabile salvezza di altrettante vite umane.

È sempre utile ripetere che il cancro sorge quasi sempre come malattia localizzata, circonscritta, per quanto su un terreno costituzionale predisposto, e che solo in un secondo tempo si diffonde e tende a generalizzarsi e perciò l'essenza della lotta per combatterlo deve consistere nel cercare quanto più sia possibile di aggredirlo nella sua prima fase, in cui può essere ancora dominato.

4°) *Presunti pericoli della pratica bioptica.* – Non pochi medici, e non soltanto nel campo dei non specializzati, ma anche in quello degli specialisti, si astengono dalla pratica bioptica pel timore di ciò che questa può arrecare ai pazienti.

Io non starò in questa breve nota pratica a diffondermi su tale questione, che ci porterebbe troppo lontano, sia perchè essa investe argomenti di indole varia e complessa, sia perchè mi propongo di esporla in un'altra nota a parte; ma

mi limito solo ad esporre in maniera conclusiva quello che è, più che il mio modesto modo di vedere e la mia limitata esperienza, il giudizio dei più illustri ed esperti clinici ed anatomo-patologi.

La biopsia nel campo della Clinica rappresenta l'ausilio più valido e più sicuro per un'esatta e precoce conoscenza diagnostica dei tumori e del cancro in ispecie.

Essa permette altresì non solo di diagnosticare al suo primo inizio qualsiasi tumore (sempre che accessibile all'intervento bioptico), rivelandone la natura e fornendo utili indicazioni per la cura, ma svela anche e impone di curare altri processi morbosi, di natura infiammatoria specifica come sifilide, tubercolosi, micosi, ecc., che altrimenti resterebbero ignorati o comunque confusi con processi infiammatori banali e come tali erroneamente curati.

Per essa quindi si evitano errori terapeutici, che talora potrebbero portare a dolorose e non necessarie mutilazioni e determinare financo l'esito letale dei pazienti.

I presunti rischi e pericoli ad essa imputati, sono, in linea di massima e nella maggior parte dei casi segnalati, se non irreali, esagerati ed evitabili, quando nel praticare la biopsia si abbia cura di seguire le opportune norme di tecnica, e, in confronto dei servizi incomparabili, che essa può rendere, sono da giudicare veramente irrisori e non debbono soverchiamente preoccupare.

Il medico in genere può con fiducia e senza timore sempre praticarla, purchè abbia conoscenza delle più elementari norme di tecnica operatoria, e, laddove egli non si senta sufficientemente *pratico*, specie nei caso in cui sia necessaria una tecnica più complessa, che richieda conoscenze specializzate, deve rimandare il paziente al collega specialista.

Credo a tale uopo non inutile ripetere le norme più salienti dei prelievi bioptici in genere:

1) asepsi assoluta;

2) antisepsi nei casi di lesioni ulcerate (alcool, tintura di iodio);

3) anestesia locale, se necessaria, mediante polverizzazione di cloruro di etile o di cloridrato di cocaina, a seconda della localizzazione, od iniezione, possibilmente all'intorno della lesione, di novocaina al centesimo e di adrenalina al millesimo o al decimillesimo;

4) prelevare il frammento nella parte periferica della lesione in modo che esso comprenda zone di passaggio tra tessuto sano e tessuto malato, evitando perciò, quanto più sia possibile, le eventuali zone necrotiche centrali che servono poco od affatto per la diagnosi istologica;

5) fare in modo che i tagli praticati con mano franca e sicura a mezzo di bisturi sottili o di forbici piccole con punte curve o di cucchiai taglienti, molto bene affilati, siano netti ed a direzione perpendicolare alla superficie della lesione

o tutt'al più leggermente obliqui o convergenti in profondità per 3-4 millimetri, se è possibile, in guisa che il frammento abbia la forma di un cuneo tronco in profondità e con la base all'esterno, evitando perciò tagli troppo superficiali, paralleli alla superficie esterna, i quali darebbero frammenti inadatti per la diagnosi;

6) fatta la escissione, prendere il frammento dolcemente con pinza a punte smusse, onde ne sia evitato qualsiasi maltrattamento, e metterlo subito in boccetta, possibilmente a collo largo ed a tappo smerigliato, contenente il liquido fissativo (formalina al 10%; alcool, anche denaturato, leggermente diluito; alcool e formalina: 9 parti di alcool e 1 di formalina, e in mancanza di questi, anche cloruro di sodio (sale di cucina) a forte concentrazione, e inviare il più presto all'istopatologo di fiducia, che però deve dare sufficiente garanzia di competenza;

7) fornire all'istopatologo tutte le indicazioni possibili secondo lo schema seguente:

a) nome, cognome e indirizzo del medico che invia il frammento;

b) nome, cognome, sesso, età del paziente;

c) descrizione del frammento, specificando, pel giusto orientamento, quale parte di esso corrisponda alla superficie esterna; se l'escissione sia fatta da superficie delle mucose o della cute, e indicando con precisione il punto del corpo, dal quale sia stato fatto il prelievo;

d) indicare il fissativo adoperato, che deve essere sempre in quantità sufficiente nel rapporto almeno di 20 a 1 rispetto al volume del pezzo; e la data del prelievo;

e) segnalare sommariamente i dati anamnestici personali e familiari del paziente e i dati clinici e anatomici della lesione sospettata, e segnalare se il paziente sia stato sottoposto a speciali cure locali o generali;

f) in ultimo formulare la diagnosi clinica di probabilità.

Si ricorda infine che l'esame istologico va fatto anche a scopo di controllo su pezzi operatori e che in tal caso il prelievo deve essere eseguito molto più generosamente e in punti diversi, e che presentino aspetto diverso, quando addirittura, trattandosi di pezzi poco voluminosi, non si creda opportuno di inviarli integralmente.

Nessun pezzo operatorio va buttato via senza che sia esaminato istologicamente. L'esame istologico di controllo in questo caso fornisce sempre dati preziosi per la coltura del clinico e qualche volta, modificando la diagnosi clinica, consente di correggere od integrare tempestivamente un primo intervento insufficiente.

Questo Centro di accertamento a tale uopo ha curato di diffondere presso

tutti i medici della Città e Provincia di Milano, con apposite circolari, su per giù queste norme e, per abituare e incoraggiare medici e pubblico alla pratica bioptica, ha funzionato finora con la più grande larghezza di intenti.

Purtroppo però il risultato può dirsi relativamente scarso, perchè solo pochissimi medici-chirurghi hanno risposto all'appello e solo quelli che, trovandosi a dirigere qualche reparto ospedaliero di provincia, ove manca l'attrezzamento e il personale tecnico pel lavoro di Istopatologia, sentono il bisogno, ai fini diagnostici e terapeutici, della collaborazione dell'istopatologo.

Una osservazione tuttavia va fatta anche per costoro e cioè che essi non attribuiscono la dovuta importanza alla necessità di fornire al diagnosta istologo tutto quel corredo di notizie, che ho innanzi elencato e perciò tante volte, inviano il materiale anatomico di accertamento, privo o scarsamente provvisto dei dati informativi necessari per una esatta e precisa diagnosi.

4°) *Difficoltà tecniche per insufficiente addestramento nella maniera di prelevare frammenti di tessuti dall'organo malato, di fissarli e inviarli all'istopatologo.* – Il prelievo dei pezzetti anatomici, per quanto in linea di massima sia operazione relativamente facile, tuttavia è sempre un piccolo intervento operativo, che presuppone conoscenze tecniche e anatomo-cliniche, e, anche quando non rientra nel campo della pura specialità, può talora presentare delle difficoltà non lievi, sopra tutto di natura psicologica, pel medico pratico generico.

Ora, se è vero che in generale queste difficoltà possono essere facilmente superate dal medico che ha pratica sufficiente e buona volontà, in certi casi esse diventano adirittura invincibili e inibitorie in confronto di quei medici, i quali, vuoi per ragioni di particolare orientamento professionale, anche se non prettamente specializzato, vuoi per mancanza di un sufficiente esercizio professionale, vuoi ancora per altre ragioni, hanno acquistato poca familiarità con la pratica chirurgica, sia pure quella minima indispensabile per eseguire un intervento biopsico.

Dirà taluno che evenienze così fatte siano assai eccezionali e che in ogni caso il medico, il quale non si sente di praticare da sè una biopsia può sempre chiedere l'ausilio di un altro collega, al quale può addirittura rimandare il paziente.

Io penso invece che queste evenienze siano assai meno eccezionali di quanto potrebbe supporsi e che d'altra parte un medico, il quale si trovi in tali condizioni, per ragioni intuitive non si adatta volontieri a rimandare il paziente, anche quando lo può fare, – e ciò non è sempre possibile in un piccolo centro – ad altro collega. Egli piuttosto rinunzia alla idea della biopsia, anche se questa gli può lontanamente balenare alla mente, perchè bisogna pensare che egli non ha davanti a sè una lesione chiaramente cancerigna, ma una lesione puramente sospetta, la quale, per quella errata concezione di diagnosi precoce, non rappresenta per lui un imperativo categorico circa la indicazione della biopsia.

Scaturisce logica pertanto dall'insieme di queste considerazioni e per la gravità stessa del problema del cancro, la necessità imprescindibile della istituzione di Corsi pratici dimostrativi di Oncologia, facoltativi per i medici in generale, e obbligatori per i giovani appena laureati, per i quali l'abilitazione all'esercizio professionale dovrebbe essere subordinata alla conoscenza non soltanto teorica, ma anche pratica del complesso problema oncoterapico.

Credo assai utile insistere su questo punto, che a parer mio rappresenta il punto cardinale della attuale lotta contro il cancro, poichè, fino a tanto che le armi, di cui disponiamo per combattere questa malattia, sono quelle che sono oggi, resta assodato che l'elemento del successo è affidato non tanto al chirurgo ed al radiologo, *i quali sono sempre al loro posto di combattimento*, quanto e sopratutto al medico pratico che, nel maggior numero dei casi, con l'ausilio dell'istopatologo deve mettere il chirurgo e il radiologo in condizioni di potere intervenire con utile rendimento.

È questa la sola maniera con la quale si potrà sperare di rendere sempre più efficace la lotta contro il cancro, fino a tanto che non sorgerà un Verbo nuovo.

Già altrove presso altre Nazioni da tempo si tengono Corsi di questa fatta, e chirurghi insigni in associazione con istopatologi non hanno disdegnato di compilare e diffondere manualetti pratici, contenenti in uno con le norme fondamentali dei precetti per la lotta contro il cancro, le più elementari istruzioni di tecnica operatoria relativa al modo come va fatto il prelievo biopsico di pezzetti anatomici a scopo di diagnostico e al modo di trattare questi ultimi per inviarli all'istopatologo.

* * *

In conclusione appare evidente che, se il successo finale, definitivo, totalitario, della lotta contro il cancro è devoluto allo studio degli scienziati, al Laboratorio ed all'Esperimento, l'Oncoterapia molto spera e quasi tutto attende di realizzare dal medico pratico generico, che perciò dovrebbe essere oggetto di maggiori attenzioni, da parte di chi può e deve, ai fini di migliorarne e renderne efficienti le conoscenze teoriche e pratiche di Oncobiologia.